

# Экстрагенитальная патология



**Анемия беременных**- анемия, развившаяся во время беременности вследствие недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения.

### **Этиология:**

-у большинства женщин во время беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением ОЦК и объема эритроцитов  
- являются следствием многих причин, например высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в ЖКТ элементов железа и фосфора.

### **Патогенез:**

- ежедневная потребность в железе 1300 мг (300 мг-плоду)
- железодефицитная анемия ниже 110г/л
- происходит накопление в течении гестации продуктов межуточного обмена, оказывающих влияние на костный мозг
- изменение гормонального баланса во время беременности (эстрадиол угнетает эритропоэз)
- частые беременности и роды, многоплодная беременность способствуют истощению депо железа
- дефицит витамина В12, фолиевой кислоты, белка
- кислородное голодание
- иммунологические изменения, за счет постоянной антигенной стимуляции со стороны плода
- расход железа из депо организма матери, необходимый для развития плода

## Факторы риска:

- Плохие бытовые условия жизни
- Вредные факторы производства, экологическое неблагополучие
- несбалансированное питание и недостаточное поступление с пищей железа, витаминов, фолиевой кислоты, микроэлементов
- наличия анемии в анамнезе
- короткие интергенетические промежутки
- указания на кровопотерю
- многоплодная беременность
- хронические инфекции
- хронические интоксикации, в том числе солями тяжелых металлов
- неблагоприятная наследственность

## Классификации:

- диагностируемые во время беременности и существовавшие до нее
- приобретенные и врожденные
- по степени тяжести

## Профилактика:

- прием железа 50-60 мг в течении двух последних семестров (в первом не рекомендуется из-за возможного тератогенного д-я)
- выше профилактической дозы принимать нет необходимости, так как избыток железа не всасывается и может вызывать побочные реакции со стороны ЖКТ

## Скрининг:

- все беременные должны ежемесячно сдавать ОАК

## Осложнения гестации:

- первичная ФПН (гипоплазия амниона, хориона, низкой плацентацией и предлежанием плаценты, угрозой прерывания беременности и неразвивающейся беременностью)
- преждевременное прерывание беременности , угроза прерывания беременности, ЗРП, гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия
- гипотония, слабость родовой деятельности
- в послеродовом периоде гнойно-септические осложнения, гипогалактия
- в послеродовом периоде кровотечения
- неблагоприятное воздействие на постнатальное развитие ребенка

## Клиническая картина:

- вялость, общая слабость
- бледность кожных покровов и слизистых
- субиктеричность склер, области носогубного треугольника, ладоней
- отечность
- ломкость волос и ногтей
- патологическая пигментация кожи
- шумы при аускультации сердца
- хейлит (заеды)
- вздутие живота, болезненность при пальпации желудка, тонкой кишки
- жидкий стул
- жжение и зуд вульвы

## Общий анализ крови:

Определение индекса соотношения растворимого рецептора трансферрина к ферритину !!!

Снижение концентрации ферритина в сыворотке крови ниже 15-150мкг/л

## Лечение:

### Немедикаментозные мероприятия:

- диета богатая железом и белком
- лечебное питание (фемилак, гематоген)

### Медикаментозное лечение:

- купирование анемии (восстановление нормального уровня гемоглобина)
- терапия насыщения (восстановление запасов железа в орг-ме)
- поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа)

Суточная доза для профилактики анемии и лечения легкой формы 50-60 мг, а для лечения выраженной анемии 100-120 мкг.

Препараты железа принимают в сочетании с фолиевой кислотой и аскорбиновой.

Основные препараты железа: сорбифер дурулес, ферлатум, ферретаб, фенюльс, феррум лек, мальтофер, тотема

Лечение должно быть длительным, эффект наблюдается к 3-й неделе

**Гипертоническая болезнь**- систолическое 140 мм.рт.ст и более, а диастолическое 90 мм.рт.ст и более, у лиц не принимающих препараты

### Профилактика:

Беременная, страдающая артериальной гипертензией, трижды за время беременности госпитализируется.

до 12 нед., при обнаружении I стадии заболевания беременность может быть сохранена, II и III стадии служат показанием для прерывания

В 28-32 нед. Период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование, коррекцию проводимой терапии и лечение плацентарной недостаточности

За 2 нед. До предполагаемых родов для подготовки к родоразрешению

### Выбор срока родоразрешения:

Чаще всего через естественные родовые пути

- Необходимо тщательное наблюдение за динамикой АД, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия
- В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов
- В 3-м периоде профилактика кровотечения
- Профилактика в/у гипоксии плода

## Осложнения гестации:

- **1-я** ст. риска: минимальная, осложнения беременности возникают не более чем у 20%, беременность ухудшает течение заболевания менее чем у 20%
- **2-я** ст. риска: выраженная, экстрагенитальные заболевания часто вызывают осложнения беременности в 20-50%; преэклампсия, преждевременные роды, гипотрофия плода, увеличенная перинатальная смертность
- **3-я** ст. риска: максимальная, у большинства женщин возникают осложнения беременности более 50%, редко рождаются доношенные дети и высокая перинатальная смертность, беременность опасна для здоровья женщины.

## Лабораторные исследования:

- ОАК
- ОАМ, по Нечипоренко
- глюкоза крови натощак
- биохимия крови
- адренокортикотропный гормон
- альдостерон, ренин, соотношение калия и натрия



## Клиника:

- определяется степенью повышения АД, функциональным состоянием нейроэндокринной системы, различных органов и реологии крови
- повышенная утомляемость, головные боли, головокружение
- сердцебиение, нарушение сна, одышка, боли в грудной клетке
- нарушение зрения, шум в ушах, похолодание конечностей, парестезии, иногда жажда
- никтурия, гематурия, чувство тревоги, носовые кровотечения
- повышение АД как систолического так и диастолического

## Инструментальные исследования:

- ЭКГ
- ЭХО
- исследование глазного дна
- амбулаторное суточное мониторирование АД
- УЗИ почек, надпочечников
- рентгенография грудной клетки

## ЛЕЧЕНИЕ:

### 1. Немедикаментозное:

- повышение образовательного уровня у беременных
- рациональная психотерапия
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут
- изменение режима питания с уменьшением потребления растительных, животных жиров, увеличение овощей, фруктов, зерновых и молочных продуктов
- пребывание на свежем воздухе несколько часов в день
- физиотерапевтические процедуры включают электросон, индуктометрию в области стоп и голеней, гипербарическая оксигенация.

### 2. Медикаментозное:

препараты 1-й линии:

- агонисты центральных альфа<sub>2</sub> рецепторов (метилдопа, гидрохлоротиазид)

препараты 2-й линии:

- селективные б-блокаторы (атенолол, метопролол, ), не обладают тератогенным действием
- антагонисты кальция (опасны, но польза может преобладать над риском) нифедипин, верапамил

**Препараты 3-й линии:**

- метилдопа + препарат 2-й линии

**Лечение плацентарной недостаточности:**

- эуфиллин, пентоксифиллин, актовегин

**Лучшие комбинации:**

- б-адрноблокаторы + тиазидные мочегонные

- б- адреноблокаторы + антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

- антагонисты кальция + тиазидные мочегонные

**Не рекомендовано:**

- верапамил с б-адреноблокаторами!

**Гипотиреоз**- симптомокомплекс, который возникает при значительном ограничении поступления в организм тиреоидных гормонов из щитовидной железы

Физиологические изменения функционирования щитовидной железы во время беременности:

- Гиперстимуляция щитовидной железы ХГЧ
- Физиологическое снижение уровня ТТГ в первой половине беременности
- Повышение продукции тиреоидных гормонов
- Увеличение продукции ТСГ (тироксинсвяз.глобулин) в печени
- Повышение уровня общей фракции тиреоидных гормонов
- Увеличение общего содержания тиреоидных гормонов в организме беременной
- Усиление экскреции йода с мочой и трансплацентарного переноса
- Дейодирование тиреоидных гормонов в плаценте

Беременность повышает потребность в тиреоидных гормонах, что способствует развитию йодной недостаточности; это приводит к снижению всех видов обмена веществ, утилизацию кислорода тканями.

**Особенностью у беременных является уменьшение симптомов гипотиреоза!!!**

## Профилактика :

- массовая йодная профилактика, использование йодированной соли
- на этапе планирования беременности 200 мкг/день, продолжать на протяжении всего периода беременности и грудного вскармливания
- диета: 2 раза в неделю морская рыба

## Осложнения гестации:

- гипертензия, преэклампсия
- отслойка плаценты
- низкий вес плода
- внутриутробная гибель плода
- пороки развития
- послеродовое кровотечение
- железо-фолиеводефицитная анемия

## Клиническая картина:

- вялость, снижение работоспособности
- медлительность, сонливость, зябкость
- прибавка веса
- упорные запоры
- снижение памяти, внимания
- ухудшение слуха
- сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос
- зябкость, понижение температуры тела
- склонность к частым инфекциям
- постоянные головные боли, боли в суставах
- онемение в руках
- храп во время сна, голос становится низким
- замедление ритма сердца, менее 60 уд/мин
- повышение уровня холестерина

## Лабораторные исследования:

- уровень ТТГ, Т4, Т3 свободного в крови ежемесячно
- биохимия крови
- клинический анализ крови
- коагулограмма в каждом триместре
- определение белковосвязанного йода в крови

**Характерно:** лимфоцитоз, увеличение СОЭ, снижены показатели белкового обмена, увеличен холестерин, склонность к гиперкоагуляции

## Инструментальные исследования:

- УЗИ щитовидной железы ( каждые 8 нед., не реже 1 раза в триместр проводится динамическая оценка)
- ЭКГ
- УЗИ сердца

## Лечение:

### Заместительная терапия во время беременности:

- компенсированный гипотиреоз не является противопоказанием для беременности
- во время беременности происходит увеличение потребности в Т4, что требует увеличения дозы L-тироксина
- следует увеличить дозу L-тироксина на 50 мкг сразу после наступления беременности у женщин с компенсированным гипотиреозом
- необходим контроль уровня ТТГ и свободного Т4 каждые 8-10 нед.
- при гипотиреозе выявленном во время беременности сразу назначается полная заместительная доза L-тироксина (2,3 мкг/кг), без ее постепенного увеличения
- после родов доза L-тироксина снижается до обычной заместительной (1,6-1,8 мкг/кг)



Сахарный диабет- заболевание, характеризующееся недостаточностью инсулина в организме: абсолютной или относительной.

### Профилактика:

- Стабильная компенсация СД за 2-3 мес. До зачатия и в течении первых 7 нед. Беременности является профилактикой врожденных пороков развития
- комплексное мед. обследование перед планированием беременности

### Скрининг:

Риск развития ГСД оценивают при первом визите беременной.

### Группа низкого риска:

- Моложе 25 лет
- С нормальной массой тела до беременности
- Не имеющие наличие СД у родственников
- Никогда не имевшие нарушения углеводного обмена
- С неотягощенным акушерским анамнезом

### Группа среднего риска:

- незначительный избыток массы тела
- отягощенный акушерский анамнез (крупный плод, невынашивание, многоводие)

### Группа высокого риска:

- выраженное ожирение (ИМТ больше 30)
- ГСД в анамнезе
- наличие нарушений углеводного обмена

### Осложнения гестации:

- диабетическая ретинопатия
- диабетическая нефропатия, способствует преэклампсии, обострений пиелонефрита
- бессимптомная бактериурия
- преэклампсия
- многоводие, пороки развития
- преждевременные роды
- в родах слабость родовой деятельности
- крупный плод, асфиксия
- травмы плода, мягких тканей

## **Основное следствие СД - диабетическая фетопатия !!!!**

**Симптомокомплекс, включающий характерный внешний вид, ускорение темпов роста массы тела, высокую частоту пороков развития, функциональную незрелость органов и систем плода, отклонения от нормального течения периода новорожденности, высокую перинатальную смертность.**

**Формы:**

- гипертрофическая (макросомия плода, при обычной длине тела, увеличение размеров и массы плаценты)**
- гипопластическая ( ФПН проявляется ЗРП с низкой массой тела при рождении, уменьшенными размерами плаценты и более тяжелыми симптомами внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении)**

## Лабораторные исследования:

- содержание сахара в крови
- биохимический анализ крови
- содержание сахара в моче
- исследование сахара с нагрузкой
- сахарный профиль ( через каждые 3 ч в течении 24 ч)
- анализ мочи по Нечипоренко, бак. Посев мочи

Если натощак глюкоза крови 7 ммоль/л в венозной крови и выше 6,1 ммоль/л в капиллярной крови, а также в любое время суток 11 ммоль/л или более, то это достоверные признаки СД.

У беременных если натощак определяется 5,1 ммоль/л глюкозы, но меньше 7,) ммоль/л в венозной плазме, то это достоверные признаки гестационного сахарного диабета.

Для диагностики выполняют тест с нагрузкой (75 г)

## Инструментальные исследования:

- УЗИ
- Кардиотокография
- Офтальмоскопия

## **Лечение.**

### **Цели:**

- профилактика диабетической фетопатии
- профилактика развития и лечение имеющихся акушерских осложнений
- достижение стойкой компенсации углеводного обмена на протяжении всей беременности

### **Немедикаментозная терапия:**

- исключить легкоусвояемые углеводы
  - дробный равномерный прием сложных углеводов в течении дня
  - пища богатая белками
  - ограничение жиров, особенно молочных
  - употребление не более двух распространенных фруктов в сутки
- Полное голодание противопоказано!

### **Медикаментозная терапия:**

Если на диете в течении 1-2 нед. Целевые значения гликемии не достигнуты, назначается инсулинотерапия.

Критерии компенсации:

- гликемия в капиллярной крови натощак не более 5,0 ммоль/л, через 1 ч после еды не более 7,8 ммоль/л, через 2ч после еды не более 6,7-7,2 ммоль/л

**- Нормальный уровень гликированного гемоглобина**

**При Беременности рекомендуют использовать только генно-инженерные человеческие инсулины.**

**Начальная доза инсулина в 1 триместре должна быть равна 0,6 ЕД/кг,  
во 2-м триместре 0,7 ЕД/кг,  
в 3-м триместре 0,8 ЕД/кг.**

**Одна треть утренняя доза короткого действия и две трети вечерняя средней длительности действия.**

**СПАСИБО  
ЗА  
ВНИМАНИЕ!!!**

